



**HAL**  
open science

# Reconnaissance de l'expertise profane et accès à une position d'usager- citoyen dans un contexte de compensation de la dépendance

Catherine Gucher

► **To cite this version:**

Catherine Gucher. Reconnaissance de l'expertise profane et accès à une position d'usager- citoyen dans un contexte de compensation de la dépendance. Le droit de vieillir, Jan 2012, Dijon, France. halshs-00668624

**HAL Id: halshs-00668624**

**<https://shs.hal.science/halshs-00668624>**

Submitted on 10 Feb 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **« Reconnaissance de l'expertise profane et accès à une position d'usager- citoyen dans un contexte de compensation de la dépendance ».**

**Catherine GUCHER, UMR PACTE,  
Université Pierre Mendès France-Grenoble.**

**COLLOQUE INTERNATIONAL REIACTIS- DIJON JANVIER 2012.**

(Thématique n° 2 du colloque.)

---

## **Introduction.**

Les personnes âgées en situation de dépendance et nécessitant l'aide de tiers pour certains actes de la vie quotidienne, sont potentiellement bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie prévue aux termes de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001. La mise en œuvre du dispositif d'action sociale qui découle de cette loi cadre est à la charge des Conseils Généraux, dans le contexte de répartition des compétences prévues selon les lois de décentralisation de l'acte I en 1982 et II en 2004. L'ouverture du droit à l'allocation découle essentiellement du degré de dépendance qui fait l'objet d'une évaluation par les Equipes Médico-Sociales des Conseils généraux, telles qu'elles ont été instituées dans le cadre légal. L'utilisation pour cette évaluation, de la même grille d'évaluation –AGGIR- sur l'ensemble du territoire national obéit à une préoccupation d'homogénéisation de l'appréciation des situations et de recherche d'une égalité de traitement entre tous les requérants. Cependant, au-delà de l'ouverture du droit à la prestation, ces EMS ont également pour mission d'élaborer de concert avec la personne âgée demandeuse et son entourage un plan d'aide précisant les formes et régularités d'interventions des différents services susceptibles d'apporter une compensation à ces situations de dépendance.

Comme dans d'autres domaines de l'action sociale, la contribution du bénéficiaire aux plans d'aide qui le concernent est donc requise et se traduit in fine par la signature de ce dernier, supposée manifester ainsi son adhésion aux formes d'aide qui lui sont proposées. Le moment de l'évaluation de la dépendance, qui est également celui de l'élaboration du plan d'aide, devient ainsi un temps de négociation probable à travers lequel le bénéficiaire de la prestation peut s'affirmer comme co-auteur des formes d'aide concrètes qui devraient à terme lui être

délivrées. L'intervention sociale est alors supposée échapper au registre de la prescription, et s'inscrire dans la recherche dynamique de nouvelles manières d'être et de faire des professionnels intervenants, en correspondance avec celles des personnes demandeuses. Cette mise en exergue de la place de l'utilisateur dans l'élaboration des formes d'aide qui le concernent se retrouve non seulement dans les actes décisifs qui déterminent l'accès à la prestation mais aussi pour ce qui concerne les interventions directes d'aide aux personnes. Le « faire avec » substitué au « faire pour » se trouve ainsi valorisé par le cadre législatif qui soutient les transformations paradigmatiques survenues dans le secteur de l'action sociale favorisant le passage de la prise en charge à l'accompagnement (Megevand, 2005).

D'une manière plus générale, la participation de l'utilisateur est devenue un enjeu de l'action publique (Loncle, Rouyer, 2004) visant tout à la fois le développement de la démocratie et de la citoyenneté et l'ajustement des politiques aux besoins sociaux. Les politiques gérontologiques n'échappent pas à ces nouvelles exigences vertueuses qui interrogent les deux facettes de la part de l'utilisateur dans les politiques qui les concernent : représentation et participation (Landanger, 2005). Les démarches de prise en compte de l'expression et de l'adhésion de l'utilisateur se trouvent par ailleurs stimulées par les impératifs de labellisation et de certification visant à attester de la qualité -de service-, qui apparaissent dans le cadre d'une ouverture des services d'aide à domicile à la concurrence.

Aussi, les personnes âgées dépendantes se trouvent-elles constituées politiquement et légalement en usagers citoyens participants.

Cependant, divers obstacles paraissent s'opposer à ce que cette posture trouve une traduction concrète : les fragilités et vulnérabilités inhérentes aux situations de dépendance, les troubles mnésiques et cognitifs, sont autant d'empêchements qui rendent difficile l'accès des personnes âgées à une parole expressive susceptible d'être entendue. Plus encore, les logiques professionnelles s'avèrent entrer en contradiction avec les nécessités de l'expression des usagers. Les temps formels de négociation, tels que prévus aux termes de la loi sur l'APA, ne semblent pas autoriser une expression consciente et positionnée des personnes demandeuses de la prestation. Cependant, les temps d'intervention directe des professionnels de proximité au domicile des personnes apparaissent comme des espaces possibles de prise de parole et de prise de pouvoir des usagers.

A partir d'un travail de recherche de deux ans dans le cadre d'un appel à projets de la CNSA-DREES centré sur la qualité de l'aide à domicile, nous nous proposons d'analyser les obstacles à l'accès des bénéficiaires de plans d'aide APA à des positionnements d'usagers-citoyens, en tant que résultant de diverses formes de tensions entre des postures professionnelles « expertes », stabilisées ou en voie de légitimation, et les aspirations plus ou moins explicites des personnes en situation de dépendance, à maintenir leur identité et à garantir la continuité des formes et du sens de leur existence. Les relevés d'observation des temps d'évaluation et d'élaboration de plans d'aide par les équipes EMS au domicile des personnes âgées et des temps d'intervention des aides à domicile, et des entretiens menés auprès de personnes âgées bénéficiaires de l'APA, nous autorisent à souligner les difficultés rencontrées par les professionnels pour faire advenir une réelle place d'usager acteur aux personnes concernées par l'intervention. Nous mettrons également en évidence les rapports de pouvoir et les formes de domination, qui se développent à partir des tensions entre la légitimité de l'expertise professionnelle et la structure hiérarchisée des emplois professionnels et l'expertise profane mobilisée par les usagers, dans certains cas à partir d'un positionnement de classe. Nos travaux nous permettent également de rendre visible l'existence d'autres « espaces de négociations pratiques », enchâssés dans le quotidien des personnes et dans la trame des interactions qui les relie aux intervenantes professionnelles de proximité.

### **1. L'évolution des politiques publiques et la promotion de l'usager.**

Depuis une quinzaine d'années, les politiques publiques, contribuent à la transformation de la posture des publics bénéficiaires. Différents textes ont participé de la définition d'un statut de l'usager. Il est habituel de situer le point de départ de cette évolution législative vers une affirmation du statut de l'usager, au début des années 2000. (Callu, 2005 ; Landanger, 2005). Cependant, si la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, constitue le texte de référence, il n'en demeure pas moins que d'autres contributions législatives sont venues antérieurement esquisser les cadres de nouveaux rapports entre l'action publique et ses « bénéficiaires ». Dans le domaine de la santé et de l'action sociale, les fondements de cette nouvelle conception des relations de service

apparaissent dès les années 80<sup>1</sup>. En 1984, le texte « relatif aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance » apporte une transformation significative dans les relations entre les usagers et les promoteurs de l'aide les concernant. Ce texte est symboliquement d'autant plus important qu'il concerne des usagers pensés jusqu'alors à partir de la problématique de la défaillance parentale et donc considérés comme étant en situation d'incompétence. Dans un autre domaine, l'évolution législative vient également lever le même jugement d'incompétence porté jusqu'alors sur les bénéficiaires de soins. La loi Huriet n° 88-1138 du 20 décembre 1988 affirme le droit au consentement pour les soins courants et l'expérimentation thérapeutique. Peu après, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière consacre un autre droit, celui à l'information des patients : *"les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical"*. A travers ces textes, c'est donc le soupçon d'illégitimité de la parole de l'utilisateur face à la parole experte qui est levé. D'autres textes confirmeront cette évolution et une progression lente s'opérera jusqu'au point d'orgue de la loi de 2002<sup>2</sup>. La charte des personnes âgées dépendantes en institution est rédigée dès 1986 par la section « droits et libertés » de la Fondation Nationale de Gérontologie et en 1995, la charte du patient hospitalisé définit pour la première fois un droit à l'expression et au choix des patients accueillis dans des établissements hospitaliers. Le résident, le patient acquièrent ainsi un statut de sujet de droit, même lorsqu'il se trouve dans des institutions supposées agir pour son seul bien. Le droit à l'expression et au consentement constituent le socle de cet avènement d'une posture d'*usager*, à distance des positions antérieures d'*assujetti*. Ce premier pas sera suivi d'autres qui feront émerger peu à peu « *un droit de regard* » de l'utilisateur sur les actions des services et des institutions, qui le concernent.

Ces évolutions ne peuvent être saisies en dehors du contexte dans lequel elles se déroulent. La défiance à l'égard des institutions de santé suite aux « affaires » du sang contaminé puis de l'ESB se sont progressivement fait jour. L'épidémie du VIH a suscité la mobilisation de groupes de population/publics à risque, plus particulièrement concernés et la constitution d'associations telles Act Up ou Aides. Ces mouvements peuvent se comprendre comme une volonté de participation des personnes malades, aux protocoles de soins qui les concernent.

---

<sup>1</sup> Le référentiel de la relation de service paraît en effet s'imposer dans les interactions entre les agents chargés de la mise en œuvre des politiques publiques et leurs bénéficiaires. (voir à ce sujet Gadrey, 1994).

Au-delà, il s'agit de la revendication citoyenne d'un « *droit de regard* » sur les politiques publiques mises en œuvres qui s'exprime (Steffen, 2004). Plus généralement, nous analysons l'émergence de la figure de l'utilisateur comme résultant d'un triple mouvement qui affecte différemment la conception et la mise en œuvre des politiques publiques : une réflexion large sur la démocratie mettant en débat les deux formes de démocratie représentative et participative, un contexte de marchandisation du secteur public dans lequel la notion de service public s'est trouvée remaniée laissant place à des logiques de clientèles et enfin un processus de « *judiciarisation* » de la société française, qui vient accentuer la recherche de traçabilité des actions et des interventions professionnelles développées et exige que soit organisé le *regard* des destinataires sur le secteur de l'action publique.

Le troisième élément qui finalise selon nous la constitution de ce statut d'utilisateur dans le cadre des politiques publiques est celui de la définition de la posture « d'utilisateur-acteur ». En vertu des droits qui lui ont été conférés (droit à l'information, droit à l'expression, droit de consentir, « *droit de regard* »), les bénéficiaires de l'action publique sont invités/convoqués à participer aux actions qui les concernent. Dès la fin des années 80, le secteur social s'ouvre à de nouvelles formes d'actions, reposant sur un cadre législatif, organisant la distribution d'aides à des personnes en situation de précarité, à partir de dispositifs à caractère contractuel (Donzelot, Roman, 1998). Ces formes d'action sociale renouvelées apparaissent en 1988 avec l'instauration du RMI, qui instaure un contrat d'insertion conclu entre le bénéficiaire et l'institution qui procure la prestation financière. C'est une véritable mutation de l'action sociale qui s'opère à la faveur du développement de ces nouvelles formes d'action publique qui génère un renouvellement des modes d'intervention des professionnels et s'inscrit dans la même veine que les transformations opérées dans le secteur médical (Chopart, 2000). « En introduisant l'idée de contrat et en soumettant les prises en charge à un principe d'évaluation, les travailleurs sociaux veulent sortir de la logique de la dépendance et de l'assistanat. Le contrat introduit un changement à la fois symbolique et réel car il bouleverse la représentation du travail social ». Au-delà de la reconnaissance des droits des personnes recourant à l'action sociale ou médicale, ces évolutions participent de l'évolution de la conception politique des bénéficiaires potentiels de l'action publique. Les figures d'assujettis, ou encore de bénéficiaires sont désormais évincées au profit de cette nouvelle figure de l'utilisateur qui se présente essentiellement comme porteur de droits mais également acteur potentiel des dispositifs qui le concernent. La participation de l'utilisateur apparaît comme contrepartie incontournable des droits acquis à travers ces transformations législatives. Le CASF dans son

article L.311-3 précise « *Cette participation concerne, au premier chef, l'intervention de l'utilisateur pour les actes portant sur son corps (actes médicaux) ou ses conditions de vie (placement en établissement)...Pour ces actes, l'utilisateur n'est pas un être passif : il a un pouvoir de décision, d'acceptation comme de refus* » (Alfandari, 2003).

Les lois 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, mettent en cohérence les différents éléments du cadre antérieur et instituent véritablement la reconnaissance de l'utilisateur comme devant être au cœur des dispositifs qui le concernent.

Cette évolution de la posture de l'utilisateur doit également se comprendre comme résultant de la recomposition des niveaux de l'action publique entre Etat central et échelons territoriaux, et dans le sens d'une régulation contractuelle de la relation de service ( Waechter, 2002). L'influence de la « chalandisation » du social ne peut non plus être négligée (Chauvière, 2009). L'introduction de logiques de clientèles et de marché dans le domaine de l'action sociale et publique contribue à ces mouvements de définition successifs des utilisateurs, dans le sens d'une participation à des interactions relevant de logiques de consommation de service.

### ***Les apports de la recherche.***

Le travail de recherche que nous avons mené laisse entrevoir néanmoins les limites de ces remaniements dans la régulation des relations de service : la définition des prestations d'action sociale demeure pour une grande part, définie dans ses cadres normatifs en dehors de toute référence à l'adhésion des utilisateurs aux services qui leur sont proposés. Nous avons pu ainsi relever 5 étapes dans le processus complexe de définition de la prestation d'aide à domicile adressée aux personnes en situation de dépendance. Un premier cadrage normatif, et protocolaire est opéré par les instances législatives, réglementaires et de contrôle chargées de préciser non seulement les règles mais également les critères de qualité de l'intervention à domicile. Cette définition initiale se construit bien avant que l'utilisateur potentiel ne soit effectivement entré dans la « carrière » du demandeur d'aide. Un deuxième temps de définition des prestations et de leur qualité repose sur l'action des services prestataires qui élaborent leur propre cadre de définition à partir de leur histoire, de leur vocation, de leurs valeurs sous-jacentes, de leur culture de service et de leurs modes d'organisation. Un troisième temps de définition de la prestation se situe au moment de l'évaluation de situation opérée par les EMS à travers l'élaboration du plan d'aide qui contribue à préciser les formes

de l'intervention requise en fonction du degré de dépendance des personnes et du plan d'aide élaboré. La mise en œuvre du plan d'aide par les responsables de services prestataires et l'introduction des professionnels de proximité destinés à intervenir au domicile des personnes demandeuses constituent la quatrième étape de conception de la prestation. Enfin, in situ, au domicile des personnes, au moment de l'intervention de l'aide à domicile, s'opèrent des ajustements et des mises en forme de la prestation telle qu'a définie antérieurement.

Le processus de définition de la prestation et de la qualité de l'aide à domicile est donc un processus dynamique et complexe, qui peut mobiliser à des étapes différentes de l'organisation de l'aide à domicile, des référentiels experts de sources diverses mais aussi plus rarement et en bout de chaîne, des points de vue profanes, fondés sur l'expérience du vieillissement et de la vieillesse. Cependant, la plupart de ces stades de définition de la prestation, se déroulent en dehors de toute interaction avec les bénéficiaires potentiels des prestations : ainsi elles comportent une forte dimension « normative exogène » et ne paraissent pas prendre en compte véritablement les évolutions introduites dans les fondements de l'action sociale par la mise en forme d'un droit des usagers.

## **2. Participation de l'utilisateur et postures professionnelles.**

Cependant, les transformations du cadre législatif sont conçues comme devant amener certains remaniements dans les agissements professionnels. Il incombe désormais aux professionnels de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale et aux institutions dont ils dépendent, de mettre en œuvre ces droits des usagers et de favoriser la participation à laquelle ils sont tenus. Le code de déontologie médicale renouvelé prend acte de ces évolutions législatives et impose un cadre d'exercice contraignant aux praticiens. Les articles L 1111-1 à 7 nouveaux prennent en compte les modifications introduites par ces textes dans les interactions patients malades. Le code précise qu'une « relation plus équilibrée doit s'établir afin de permettre au malade d'exprimer sa volonté tout au long du processus de soin, compte tenu des informations que lui donnent les professionnels de santé et des choix qu'ils préconisent, et de respecter sa décision ». Le Conseil Supérieur du Travail Social s'est également saisi de la question et publie en 2007 un rapport intitulé « L'utilisateur au centre du travail social. De l'assistance à l'accompagnement : une refondation des relations entre travailleurs sociaux et usagers ». Dans les deux domaines, la relation professionnelle est au cœur des débats et porte en elle la question du pouvoir entre l'acteur professionnel et l'utilisateur. Ces textes paraissent ainsi

s'accorder sur le fait que l'accès à la parole et au droit de l'utilisateur suppose que soit revisités les formes et les fondements des interactions entre les professionnels et les bénéficiaires de services. « L'accompagnement contractualisé » devient la modalité d'intervention professionnelle paraissant la plus favorable à l'avènement de la participation de l'utilisateur. Cependant différents niveaux de participation peuvent être distingués, qui n'exigent pas tous également les mêmes transformations des postures professionnelles. Le rapport de l'ANESM consacré aux bonnes pratiques concernant l'« Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » met en exergue la typologie proposée par Philippe Garraut (ANESM, 2008) :

- « ■ L'expression et la communication : s'exprimer c'est faire connaître quelque chose par le langage. Il s'agit donc de l'affirmation de soi par la prise de parole, sans préjuger de la portée de cette action sur son environnement.
- La consultation a pour objet de susciter des discussions à travers la participation des personnes au processus, donc d'obtenir de leur part des éléments avant d'effectuer des choix, la décision prise n'étant toutefois pas obligatoirement liée aux points de vue émis.
- La concertation est le fait d'associer les personnes participant dans la recherche de solutions communes.
- La co-décision enfin, vise le partage de la décision entre les intervenants. Elle implique la négociation pour parvenir à un accord, à une résolution commune. »

Les lois de 2002 semblent avoir inscrit la co-décision au cœur des dispositifs de soins ou d'action sociale. Aussi médecins, soignants et travailleurs sociaux se doivent-ils d'instaurer un mode de relation professionnelle permettant la transmission des informations nécessaires à la prise de décision et la création d'un espace de débats, d'échange et de négociation pour que puisse se mettre en oeuvre un processus de décision concertée. L'article L 311-3 – de la loi 2002-2 précise que le droit garanti à l'utilisateur « (...) La participation directe (...) à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ». Il s'agit, dans l'esprit du législateur de faire des usagers des acteurs de leur propre prise en charge en les faisant participer de manière plus active » (Cousin, 1996).

Le paradigme de l'accompagnement paraît offrir un support pertinent pour la réorientation des pratiques professionnelles. Il présente en effet la caractéristique de situer l'intervention dans un registre éthique qui transcende les clivages professionnels. La dynamique de l'accompagnement répond aux exigences de considération du demandeur d'aide comme personne unique et singulière et potentiel acteur des transformations souhaitables pour lui-même. « L'accompagnement se fonde sur une relation orientée vers le « faire ensemble », c'est-à-dire une posture d'échange et de partage de l'accompagnant et de l'accompagné, mais aussi une démarche volontaire des personnes accompagnées (capacité d'engagements réciproques). L'accompagnement mise donc sur les capacités des personnes à développer leurs ressources propres, leurs capacités d'initiatives et de choix. » (Ladsous, 2006)

Ces formes d'accompagnement ont pour enjeu central la transformation des postures des bénéficiaires pour qu'advienne non seulement une reconnaissance de leurs droits mais également la citoyenneté qui leur est à nouveau reconnue : « D'une conception impersonnelle du public se référant à la seule définition réglementaire des aides, les agents sont invités à passer à l'appréciation du détail de chaque situation : le public avec un grand P laisse désormais place à des publics avec un « s », des « usagers » forts de leurs particularités et de leurs besoins spécifiques. » (Weller, 2010). L'enjeu concerne donc tout autant le fonctionnement des services sanitaires et sociaux, leur qualité et leur régulation que le corps social et sa cohésion à travers le fonctionnement politique et démocratique qu'il entend promouvoir.

Cependant, il importe de relever ce que ces transformations nécessitent de travail social i.e., travail portant sur les représentations sociales des publics afin que la considération de leur incompétence et de leur fragilité, puisse laisser place à la valorisation de leurs ressources, travail portant sur la définition même des professions en tant que censées détenir des savoirs d'expertise supposées pallier les déficits des usagers. Or les usagers tout comme les professionnels de l'intervention sanitaire et sociale ne constituent pas des ensembles homogènes, susceptibles des mêmes attitudes et des mêmes revendications. Si l'accès à l'expression et la participation à la décision, constituent pour certains usagers une revendication explicite, le retrait des scènes de négociations qui les concernent est pour d'autres une option préférable (Hirschman, 1970).

### ***L'apport de la recherche.***

Les démarches d'observation que nous avons menées dans le cadre de notre travail de recherche permettent de mettre en évidence des pratiques professionnelles qui demeurent éloignées des attitudes attendues dans le cadre de la mise en œuvre du droit des usagers. Les deux « moments » que nous avons choisi d'observer sont relativement dissemblables pour ce qui concerne 1) la durée de l'intervention, 2) les modalités d'intervention et 3) le type d'intervenants mobilisées. Le moment de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'aide, met en face à face, pour une durée éphémère d'une à deux heures, qui ne se renouvellera pas, un professionnel qualifié de l'intervention sociale et une personne âgée demandeuse, parfois en présence d'un tiers membre de la famille. L'intervention d'une aide à domicile, met en présence, sur une durée de deux ou trois heures une intervenante peu qualifiée appelée à

réaliser des tâches matérielles dans l'environnement immédiat de la personne ainsi que parfois des gestes d'aide corporelle. Ces éléments de différenciation des contextes et du cadre des interactions permettaient de présupposer la différenciation des attitudes et des postures professionnelles quant à l'expression et la participation des usagers. Nos résultats nous amènent à affirmer que la mise en œuvre du droit des usagers renvoie à des rapports de pouvoir et de domination et que la reconnaissance de l'expertise profane de l'utilisateur se trouve au cœur de cette problématique.

- 1) Le moment de l'évaluation apparaît à la lumière de nos travaux comme scène de « *l'effacement des usagers* ». La prise en compte et la valorisation de l'autonomie des usagers, paraît difficilement trouver place dans les pratiques professionnelles de ces agents évaluateurs. Les postures professionnelles observées relèvent de trois registres différents. « *L'indifférence pratique* » se traduit par un positionnement non ajusté à l'expression des émotions, du malaise qui se donne à voir du côté de la personne âgée. Le professionnel impose alors sa compréhension et sa définition de la situation de dépendance et ne laisse que peu de place à l'expression du vécu de la personne. Le « *contournement* » est utilisé pour faire face à une personne âgée qui apparaît comme non coopérative. L'intervenant professionnel ne considère plus alors la personne comme un interlocuteur pertinent et s'adresse exclusivement aux tiers présents (un proche parent), plus conciliants. Un troisième registre de positionnement a également pu être observé. Le professionnel intervenant se situe d'emblée en collusion avec le tiers, opérant ainsi un glissement de proximité. L'utilisateur n'est plus alors dans ce dernier cas la vieille personne en situation de dépendance mais l'aidant familial. En tout état de cause, très rares sont les situations dans lesquelles la vieille personne est positionnée au cours de l'entretien comme interlocuteur principal. Rares sont également les situations où un temps de parole et d'expression lui est laissé pour qu'elle exprime totalement sa perception de la situation de dépendance dans laquelle elle se trouve.

- 2) Le moment de l'intervention d'aide à domicile se présente non seulement comme le temps d'un acte institutionnel mais plus encore comme temps relationnel. L'action comme la relation sont inscrites d'emblée dans une durée non limitée qui exige un « *compagnonnage de bon aloi* ». L'intervention se poursuit sur un temps long, qui offre la possibilité d'écouter jour après jour, de distiller des informations au fil du temps, de prendre des décisions et de revenir sur ces décisions. C'est le temps nécessaire à ce que « l'accompagnement puisse conduire

chacun à un contrat avec lui-même » (Ladsous, 2006). Le partage des tâches matérielles, la nécessaire contribution de la personne qui livre les clefs de son domicile, au sens propre et figuré, autorisent l'échange et offrent les conditions favorables à la prise de parole de l'utilisateur. Les observations menées témoignent de ces interactions nombreuses, au cours desquelles l'utilisateur est situé, sauf dans les cas d'extrême dépendance et de non communication, comme co-acteur des actes en cours de réalisation. Cependant, certaines situations font également apparaître des postures professionnelles témoignant de rapports de domination à l'égard des personnes en situation de fragilité. Nos travaux nous ont permis d'identifier ainsi 5 types d'interaction qui révèlent en creux les contours des positionnements professionnels des aides à domicile.

a) **Les situations de coopération** se caractérisent par une relation symétrique et une convergence de perspectives, génératrice de postures d'adhésion et de participation. La solitude des intervenantes au domicile des personnes âgées ainsi à distance de leur hiérarchie, génère la définition d'un espace d'intimité partagé avec les usagers et autorise une certaine autonomie professionnelle. La valorisation de ces professionnelles passe alors par la « bonne relation » -c'est-à-dire la relation d'adhésion- qu'elles auront su créer avec le bénéficiaire de services. La participation des personnes âgées se traduit le plus souvent par la transmission de savoirs (récits du passé, savoirs faire culinaires...), la contribution aux tâches réalisées ou encore la définition du plan de travail pour la durée de l'intervention. Une alternance souple des rapports de savoir et de domination entre l'intervenante et le bénéficiaire se manifeste alors.

b) **Des situations de « domination »** ont également été mises en évidence, qui peuvent être *acceptées* ou *subies*. Dans tous les cas, la relation asymétrique caractérise les interactions. Cependant, cette relation asymétrique au profit de l'exercice du pouvoir du professionnel peut se développer sur une convergence de perspectives entre les interactants. Dans ce cas, les personnes âgées développent des postures d'acceptation et de soumission volontaire à l'autorité qui s'exprime de leur point de vue « justement ». La professionnelle met en œuvre une forme relationnelle de « bonne distance », lui permettant de se rapprocher des attentes propres de la personne âgée, sans pour autant « se perdre », durablement, dans ces points de vue de personne vulnérable, à forte teneur émotionnelle. Elle adopte ainsi une posture qui lui permet de concilier les exigences des règles institutionnelles d'exercice de sa fonction et les exigences de la proximité tout en évitant de se trouver absorbée dans des conflits d'intérêts générateurs de souffrance au travail. En revanche, dans d'autres cas, la *domination subie* est caractérisée par une relation asymétrique et une divergence de perspectives entre les

interactants. Les postures professionnelles consistent alors à solliciter l'adhésion de la personne tout en rappelant la validité des normes et des règles qui doivent lui être imposées (règles d'hygiène notamment). On observe alors une oscillation entre des tentatives de réduction de la distance, qui peuvent jouer sur un registre proche de l'affectif et une affirmation nette de la distance visant à permettre au professionnel de rester étrangère aux tentatives de « séduction » ou d' « infléchissement » développées par la personne âgée. La professionnelle développe alors une affiliation exclusive à son institution de rattachement au détriment des bénéficiaires. Ce sont ainsi des mécanismes de préservation de l'autonomie professionnelle qui se développent.

c) **Enfin, les situations de *conflit* ou de *domination inversée*** sont celles dans lesquelles l'utilisateur endosse un rôle d'acteur indépendant et autonome dans la relation et tente de préserver ou d'affirmer son pouvoir. Ces situations sont caractérisées par des relations symétriques et/ou asymétriques : dans la plupart des cas, l'utilisateur non soumis au pouvoir du professionnel engage un dialogue à parts égales mais dans certaines situations il affirme sa supériorité au détriment du professionnel. Une divergence forte de perspectives se fait jour dans toutes ces situations. Au quotidien, la relation peut alors se caractériser par des tactiques de résistance ou des phénomènes d'opposition de la part de l'utilisateur, qui impliquent un renversement de pouvoir : on observe du côté des personnes âgées des postures de « dirigisme autoritaire » dans la définition des tâches à effectuer, de la manière de les effectuer, de l'ordre dans lequel il convient de les effectuer ; des « tactiques de résistances » telles que s'absenter au cours de l'intervention, s'isoler dans sa chambre, « repasser derrière » l'aide à domicile après son départ, lorsque le bénéficiaire considère que le ménage n'est pas bien fait ou encore le non respect ostensible des normes d'accueil (*i.e.* l'absence de rites d'hospitalité et de tout « relationnel » (conversation) lors de l'intervention de l'aide à domicile. A l'extrême, ces situations peuvent amener des ruptures dans la communication, la sollicitation d'un tiers médiateur dans la relation qui peut conduire au retrait de l'intervenante, des « offenses territoriales » et des « rituels d'évitement » (Goffman, 1973) (par exemple une personne âgée refuse de faire entrer une aide à domicile chez elle).

### **3. Les raisons de « l'effacement » de l'utilisateur : *expertise savante* contre *expertise profane*.**

Nous avons mis en lumière précédemment diverses postures d'utilisateurs et en correspondance les postures professionnelles des évaluateurs des équipes EMS ou des aides à domicile. Les situations observées révèlent fréquemment la persistance de rapports de domination de la

part des professionnels, ainsi que les postures de retrait des usagers, et en tout état de cause, l'inégale participation de ces derniers aux décisions et aux interventions qui les concernent. Au-delà de nos observations, les entretiens menés, tant avec les professionnels concernés qu'avec les usagers nous offrent la possibilité de dégager quelques clefs d'analyse de ces difficultés à faire advenir cette posture d'usager. En tout premier lieu, l'avènement du statut d'usager paraît intimement lié avec les représentations que les professionnels entretiennent à propos de sa « *compétence* » et plus globalement de son « *autonomie* ». L'objective fragilité des personnes, les préoccupations d'hygiène et de sécurité portées par les familles conformément aux attentes sociales dominantes, contribuent à les disqualifier d'emblée : l'usager est alors considéré comme incapable de prendre soin de lui-même et de ce fait, de prendre les bonnes décisions pour lui-même. En second lieu, et par conséquence le glissement de proximité et la collusion qui se développe entre des tiers –le plus souvent membres de familles- et les professionnels, contribuent à rendre inaudible la parole d'un usager opposant. L'accès à l'expression des usagers ne paraît susceptible de se développer que dans un espace libéré au cœur d'une dyade professionnels/famille, qui fonctionne le plus souvent de manière collusive. Le troisième élément qui fait obstacle à l'avènement de l'expression et de la participation de l'usager tient sans aucun doute à la difficulté des professionnels à entendre énoncer la souffrance existentielle liée aux pertes du vieillir, auxquelles il n'est pas possible d'apporter professionnellement une compensation. Ces « défauts d'écoute » ne rendent pas possible l'expression d'une parole souvent difficile et hésitante, et généralement peu convaincue de sa légitimité.

Enfin, le dernier élément, qui semble le plus déterminant est *l'incertitude professionnelle* des différents intervenants. Il nous paraît possible de regrouper sous cette analyse à la fois les postures des agents évaluateurs et celles des aides à domicile. Pour les premiers, tout se passe comme si l'écoute de l'usager risquait de prendre en défaut une expertise professionnelle longtemps adossée à des rapports de domination inégalitaires et à une pratique de prescription de formes d'aide jugées idoines en vertu de connaissances à distance des situations actualisées. C'est alors la suprématie de la *connaissance* sur *l'expérience* qui s'affirme et vient faire obstacle à l'expression de l'usager, soutenant la mise en opposition de deux registres d'autonomie et de compétence : compétences et autonomie professionnelles fondées sur *l'expertise savante* vs compétences et autonomie de l'usager fondées sur une *expertise profane*. Pour les aides à domicile, le flou existant dans la détermination de leurs domaines de compétence, la faible valorisation statutaire de leur

métier, conduisent aux mêmes effets malgré ces causes différentes. En effet, la nécessité de défendre une professionnalité mal assurée et mal reconnue conduit à en rigidifier les cadres et les codes, en s'opposant aux règles de l'intime et de la quotidienneté propres à chaque personne aidée. Deux espaces s'opposent a priori « celui de l'intime de la personne âgée et celui du praticien représentant la sphère publique » (Djaoui, 2007). Cependant les interactions produisent parfois une effraction de la sphère intime et émotionnelle du professionnel intervenant dans la scène de l'intervention professionnelle, et venant fragiliser sa posture. La recherche de la professionnalité amène alors ce professionnel à refuser et tenter de maîtriser toutes influences, ou parasites émotionnels dans l'exercice professionnel, dans l'optique du maintien d'une identité sociale différenciée de celle de la personne aidée. La recherche de la préservation par le professionnel de son autonomie, s'exerce au détriment de la sauvegarde de l'autonomie propre de l'utilisateur. Tout l'enjeu de la prise en charge à domicile d'une personne âgée consiste alors pour les professionnels à construire avec l'utilisateur une relation sur le mode de la « *bonne distance* » : lors de la mise en place de ces interventions à domicile, il leur faut, sur un mode paradoxal, à la fois instituer au domicile du bénéficiaire des règles institutionnelles (auxquelles l'utilisateur doit se conformer), et à la fois manifester le respect qu'il portent à la sphère privée et intime de la personne âgée en soutenant son autonomie.

Ces formes d'intervention sont loin des recommandations du CSTS : « *Il ne s'agit pas de se pencher sur les gens. Il s'agit d'adopter une posture qui permette le partage, l'échange, et modifie le rapport dominant-dominé souvent à l'oeuvre, en institution, plus par habitude et facilité que par volonté réelle de puissance. Cette notion de posture, décrite comme une attitude à la fois physique et mentale impliquant le corps et l'esprit, nous l'avons travaillée à tous les niveaux, celui de l'utilisateur lui-même, ni assujetti ni client-roi, celui du professionnel dont le savoir éclairant doit rechercher, pour qu'il devienne opérant, le savoir de l'utilisateur dont la volonté et le désir sont indispensables à son évolution, celui des prescripteurs qui ne doivent jamais orienter ni proposer, sans avoir connu et compris les lieux et les équipes de travail qu'ils sont amenés à utiliser. Cette notion de posture, nous l'avons travaillée dans les deux formes principales que prend l'action sociale aujourd'hui, celle d'accueillir mais aussi celle d'aller à la rencontre* » (Ladsous, 2006).

Dans une perspective pragmatique, on peut partir du constat que si les professionnels ne tiennent pas compte dans l'orientation de leurs actions des résistances et désaccords des personnes âgées, c'est parce qu'ils entendent développer, coûte que coûte, une perspective d'action propre et valoriser à leurs propres yeux une expertise seule en mesure de la légitimer. C'est alors la difficulté de penser l'alliance possible de *l'expertise savante* et de *l'expertise*

*profane*, qui est une expertise d'usage, qui fait obstacle à la mise en œuvre des droits de l'utilisateur. Si « l'ingérence profane » paraît s'être développée dans le secteur médical, elle tarde à se manifester dans le domaine social et médico-social. L'ingérence profane dans le domaine médical a été mise en œuvre à travers un processus d'institutionnalisation progressive (Orfali, 2002, p.104) mais il semble que la reconnaissance de l'expertise profane n'a pu s'imposer qu'à partir de l'expression successive de trois figures de l'expert profane : « le patient expert de lui-même, le patient ressource, l'expert collectif » (Grimaldi, 2010). Autrement dit, c'est l'avènement de l'expert profane collectif qui paraît avoir soutenu la reconnaissance de l'expertise profane de l'individu pour lui-même et autoriser l'avènement de la dimension citoyenne de l'utilisateur (Sintomer, 2008). La reconnaissance de l'expertise profane à la fin des années 80, pour ce qui concerne le domaine des soins, a ainsi été rendue possible par l'expression d'une nouvelle parole associative fondée sur l'expérience (expérience de la maladie VIH) affirmant sa capacité et sa légitimité à remettre en cause l'hégémonie des scientifiques, en vertu même de cette expérience. L'expertise profane apparaît alors comme l'avatar d'une nouvelle « démocratie sanitaire »<sup>2</sup>.

Ce qui se joue dans la reconnaissance de cette expertise profane est au fond la possibilité d'une « alternative expérientielle qui se réclame d'une expertise ordinaire » face à l'expertise instituée des professionnels de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale (Callon et al., 2001). Plus encore ce sont les conditions de l'*alliance*<sup>3</sup> qui paraissent devoir être réfléchies car dans les difficultés des professionnels que nous avons observés à faire advenir une véritable place de l'utilisateur, ce sont les questions de la délimitation des espaces de savoir et de pouvoir pour les prises de décisions, leurs stabilisations et leurs persistances qui sont en jeu. In fine, la résolution de ces apparentes contradictions nécessiterait que soient repensées les conditions de la construction des identités sociales correspondant à l'expert professionnel et à l'expert profane.

### **En guise de conclusion :**

Dans les situations observées, il apparaît donc les postures d'utilisateur se développent en correspondance avec les postures professionnelles, quelque soit le type d'interaction engagé. Les utilisateurs sont rarement en situation de revendiquer et d'imposer leur droit à l'expression et à la participation. Lorsqu'ils le font spontanément, c'est alors qu'ils se situent dans un rapport

---

<sup>2</sup> Un des 5 titres de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé adoptée le 4 mars 2002.

<sup>3</sup> Ce terme d'alliance est celui utilisé de longue date par le mouvement ATD Quart Monde pour évoquer les nécessités de la prise en compte du savoir expérientiel des utilisateurs des services sociaux.

de domination inversée avec des professionnels qu'ils jugent socialement situés au-dessous d'eux-mêmes. Ces formes d'expression peuvent se comprendre comme la persistance dans la vieillesse de l'expression de rapports de classes. C'est notamment dans le cadre des interventions d'aide à domicile que ces types de fonctionnement ont pu être relevés. D'une manière générale, l'expression de l'utilisateur nécessite une médiation effective. Or, la « promotion » de l'utilisateur par les professionnels se heurte aux besoins de légitimité, et de sécurisation des identités professionnelles. Il apparaît ainsi que l'accès des utilisateurs à un espace d'autonomie, dans lequel leurs attentes pourraient s'exprimer et trouver satisfaction, est perçu par les professionnels comme une atteinte à leur propre autonomie, de même que la reconnaissance des compétences des utilisateurs est analysée comme une remise en cause de l'expertise professionnelle. Accéder à l'écoute et aux demandes des utilisateurs est anticipé comme asservissement probable par les professionnels qui se réservent en conséquence, un espace d'autonomie, à distance des demandes des utilisateurs, dans lequel ils déterminent en fonction de références qui leur sont propres, les meilleures manières d'agir. Le possible passage des bénéficiaires d'une aide d'un statut de « public » à celui d'« utilisateur acteur » n'est donc pas encore avéré. Seuls deux des 4 visages de l'utilisateur, tels que définis par Vallon, paraissent pouvoir se révéler dans les interactions que nous avons observées : celui de l'utilisateur récepteur, c'est-à-dire consommateur de service et celui de l'utilisateur demandeur. Les deux autres visages de l'utilisateur – utilisateur initié et utilisateur citoyen-, demeurent encore dans l'ombre (Vallon, 2002). L'analyse des postures professionnelles adoptées permet de soutenir que la posture de l'utilisateur ne peut se construire que dans le cadre d'une professionnalisation réfléchie et aboutie du secteur gérontologique.

### **Bibliographie :**

Alfandari E. (2003), « Participation des utilisateurs et de leurs représentants. Droits et obligations de la personne dans les nouveaux dispositifs. », *Revue juridique du Centre Ouest*, p. 93.

ANESM, (2008), *Expression et participation des utilisateurs dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Boy B.,(2003), « L'expert citoyen, le citoyen expert », *Cahiers français*, dossier « les nouvelles dimensions de la citoyenneté », n°316, septembre-octobre 2003, pp.20-24.

Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., (2001), *Agir dans un monde incertain*, Paris, Le Seuil.

Callu M-F., (2005), « L'évolution du droit des usagers des secteurs sanitaire, social et médico-social entre 2002 et 2005 à travers cinq lois essentielles », *Gérontologie et société*, 2005/4, n°115, pp. 29-38.

Chauvière M., (2009), « Qu'est-ce que la « chalandisation » ? », *Informations sociales* 2/2009 (n° 152), p. 128-134.

Chopart J.-N., (2000), *Les mutations du travail social*, Paris, Dunod

Cousin O., (1996), « Les mutations du travail social : de la transformation du public aux changements dans les modes de prise en charge », *SOCIOLOGIE DU TRAVAIL*, N° 2/96, pp. 141-161.

CSTS, (2007), « L'utilisateur au centre du travail social. De l'assistance à l'accompagnement : une refondation des relations entre travailleurs sociaux et usagers », Editions ENSP, coll. Rapports du CSTS, 2007, 176 p

Djaoui E., (2007), « De l'intimité du professionnel dans l'intervention à domicile », *Gérontologie et société*, n°122, 2007/3, pp.157-162.

Donzelot J., Roman J., (1998), « 1972-1998 : les nouvelles données du social », *Esprit*, mars-avril, pp.7-27.

Donzelot J., (1995), « Participer, le concept », *Informations sociales*, n° 43.

Gadrey J., (1994), « Les relations de service et l'analyse du travail des agents », *Sociologie du travail*, vol. 36, n° 3, p. 381-389.

Goffman E., (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, ed. Minuit.

Grimaldi A., « Les différents habits de l'« expert profane », *Les Tribunes de la santé*, 2010/2 n° 27, p. 91-100.

Hirschman A. O., (1970), *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States (Face au déclin des entreprises et des institutions)*, Harvard University Press.

Ladsous J., « L'utilisateur au centre du travail social » Représentation et participation des usagers, *Empan*, 2006/4 no 64, p. 36-45.

Landanger M., (2005), « La participation des personnes âgées à l'élaboration des politiques qui les concernent », *Gérontologie et société*, 2005/4, n°115, pp. 75-88.

Lascoumes P. (dir.), (2005), « Expertise et action publique », *Revue Problèmes politiques et sociaux*, La Documentation française, n°912, mai.

Mégevand F., (2005), « L'accompagnement, nouveau paradigme de l'intervention publique », in Ballain R., Glasman D., Raymond R. (sous la dir.), *Entre protection et compassion. Des politiques publiques travaillées par la question sociale.*, Grenoble, PUG.

Orfali K., (2002), « L'ingérence profane dans la décision médicale : le malade, la famille et l'éthique », *RFAS*, 2002/3, n°3, pp.102-124.

Sintomer Y., (2008), « Du savoir d'usage au métier de citoyen ? », *Raisons politiques*, 2008/3 n° 31, p. 115-133.

Steffen M., 2004, « Le sang contaminé. Gestion d'une crise médicale », *Dictionnaire de la pensée médicale*, Lecourt, Dominique; (Ed.) (2004), pp. 998-1005.

Vallon S., (2002), « Les quatre visages de l'usager », *VST- Vie sociale et traitements*, 2002/4, n°76, pp. 20-23.

Waechter S., (2002), « Quel modèle de relation entre l'organisation municipale et l'usager-citoyen depuis la décentralisation ? », *Flux*, n°48/49 Avril - Septembre 2002, pp. 7-19.

Warin P., (1993), « Vers une évaluation des services publics par les usagers ? », *Sociologie du Travail*, n° 3.

Weller J-M., (2010), « Comment les agents se soucient-ils des usagers ? », *Informations sociales*, 2010/2 n° 158, p. 12-18.